

筑紫野市 産後ケア事業実施結果報告書

年 月 日

筑紫野市長 宛

事業所名
住所
連絡先 (担当者名)

筑紫野市 産後ケア事業として、下記のケアを実施しましたので報告します。

Table with columns: (ふりがな)氏名, 生年月日, 年 月 日 歳, 多胎利用, 世帯区分, (ふりがな)こどもの名

Table with columns: 利用月日, 利用区分と時間, ケア内容, 母子手帳記載, サイン (事業者, 利用者)

- 【ケア内容番号】
①母体の管理及び生活面に係る指導
②乳房のケア又は乳房トラブルに関する相談支援
③授乳方法の指導
④離乳食に関する相談支援
⑤乳児の沐浴方法の指導
⑥乳児の発育及び発達に関する相談支援及び指導
⑦乳児の体重及び排せつの観察
⑧乳児のスキンケアに関する相談支援
⑨産婦の不安等に関する相談支援
⑩在宅での子育てに関する相談支援及び指導
⑪その他必要な保健指導(内容を記入)

助産師等指導の実施結果・所見

育児支援者: □無 □有⇒ (□夫・パートナー □実父母 □義父母 □その他)
エジンバラ: □未実施□実施□他機関実施: 点( / ) ボンディング: □未実施□実施□他機関実施: 点( / )

筑紫野市への引継ぎ事項

□ 継続支援必要
(該当する項目にチェック)⇒□発育・発達 □育児支援者不足 □育児不安 □養育態度 □訴えが多い □その他
□ 至急連絡済⇒(報告日時: 月 日 時 分: 課 様宛)
□ 継続支援不要

※サービス終了後、すみやかに作成してください。

※エジンバラ・ボンディングを実施した場合は、原本を添付してください。